

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN SERVICIO DE DEPÓSITO AUTOMÁTICO

FECHA 

DÍA	MES	AÑO

Solicito y autorizo a Isapre Colmena Golden Cross S.A., a abonar a la cuenta que se indica a continuación el pago de los Bonos de atención.



ANTECEDENTES DEL PRESTADOR

Nombre o razón social \_\_\_\_\_

Nombre Representante Legal \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta  Cuenta Corriente  
 Cuenta Vista  
 Cuenta Ahorro

Banco \_\_\_\_\_

Nº Cuenta \_\_\_\_\_



INFORMACIÓN DE UTILIDAD

Si por razones ajenas a Isapre Colmena Golden Cross S.A., el depósito es rechazado por el Banco, se procederá a emitir un cheque por el monto del abono rechazado, el cual estará disponible en la oficina en que se solicitó el pago, en un plazo de 5 días hábiles desde la fecha original de cancelación.

En caso de cambio de la cuenta señalada, es obligación del prestador acercarse a las oficinas de la Isapre a llenar una nueva Solicitud de depósito automático.

\_\_\_\_\_  
Firma Prestador